Auszug:

Die Schussverletzungen der Oberkieferhöhle vom zahnärztlichen Standpunkte aus betrachtet.

Inaugural-Dissertation

der Medizinischen Fakultät der Friedrich Wilhelms-Universität Berlin zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde vorgelegt von

Norbert Boeder,
Zahnarzt zu Berlin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 30. III. 1920

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Rubner.
Referent: Professor Dr. Williger.

31

In der Einleitung wird gesagt, daß über die Schußverletzungen der Kieferhöhle wohl von zahnärztlicher und rhinologischer Seite Arbeiten geschrieben wurden, daß aber noch von keiner Seite die Rolle genügend betont worden ist, welche die Zähne des Oberkiefers bei den Schußverletzungen der Kieferhöhle spielen. Nach der anatomischen Beschaffenheit und Begrenzung der Kieferhöhle, auf die näher eingegangen wird, steht sie, oft nur durch dünne Knochenleisten getrennt, mit den oberen Molaren und auch Prämolaren in Verbindung. Auch auf die inneren Höhlenverhältnisse, was den tiefsten Punkt anlangt, wird eingegangen und ein Fall aus dem Reservelazarett Zahnärztliches Universitätsinstitut Berlin erwähnt, bei dem beide Kieferhöhlen mehrfach geteilt waren.

Im Frieden und in den früheren Kriegen sind wenig Erfahrungen an Schußverletzungen der Kieferhöhle gemacht worden. Erst im Weltkrieg sind sie in ausgedehntestem Maße nachgeholt worden. Bei der Diagnostizierung sind die Kokain- und Nebennierenpräparate von Bedeutung, weil sie ein Abschwellen der Schleimhaut zur besseren Übersicht der Nase ermöglichen. Ferner wird erwähnt die Diaphanoskopie und die von Seifert angegebene diaphanoscopia buccalis, die bei Kieferklemme angewandt wird. Auch die Röntgenplatte ist ein Diagnostizierungsmittel, besonders bei Fremdkörpern im Antrum. Nach Partsch und Halle gilt der Eiterstreifen im mittleren Nasengange als bestes Diagnostizierungsmittel und als Sicherung der Diagnose allenthalben die Probespülung mit dem Troikart.

Die Oberkieferhöhlenschüsse können in drei Gruppen geteilt werden.

1) Bei den Steckschüssen der Oberkieferhöhle sind

a) solche zu nennen, die reaktionslos in der Höhle lagern. Hier werden Fälle von Kassel, Dupuytren (1777—1835) und Heath erzählt. Ferner wird ein Fall von Körner und einer aus dem Berliner Zahnärztlichen Institut genannt, bei denen Granatsplitter bezw. Infantriegeschoß die Kieferhöhle reaktionslos beließen. Dann werden

b) solche genannt, bei denen Nebenerscheinungen und Kieferhöhlenentzündungen auftraten. Hier werden ein Fall von Körner mit Kieferklemme und zwei Fälle von Bauer erwähnt. Die Therapie bei dieser Gruppe ist bei Entzündungserscheinungen der Kieferhöhle Radikaloperation nach Luc-Caldwell und Entfernung des Steckgeschosses.

2) Verletzungen der Kieferhöhle nach Durchschuß oder Zerschmetterungen

a) ohne Infektion derselben.

Hier werden Fälle vor dem Weltkriege von Makins (Burenkrieg) und Flockemann, Ringel und Wieting erwähnt. Ferner werden ein mir von Becker mündlich berichteter Fall, zwei Fälle von Marx, von Loch und Hofer angeführt. Bei diesen Fällen hat das Geschoß die Wandungen der Kieferhöhle reaktionslos belassen.

Einen die Zähne weit mehr berührenden Teil betreffen die Fälle, die

b) mit Infektion der Kieferhöhle verknüpft waren. Diese Fälle, bei denen gleichzeitig Zerschmetterungen und Zertrümmerungen und Zahnverletzungen oder -verluste eintreten, sind von besonderer Bedeutung, weil bei ihnen eine konservierende Behandlung oder technische Ergänzung der Zähne erfolgen muß, zumal auch hier die Pulpen scheinbar unversehrter Zähne durch das Trauma abgetötet sein können. Diese Schüsse können verschiedentlich die Höhle durchdringen, als Streif-, Tangential-, Prell-, Durchschüsse, oder indirekt wirken, wozu Misch und Rumpel Fälle erwähnen. Bei Verletzungen der Kieferhöhle mit Zahnverlusten trat meistenteils Infektion der Oberkieferhöhle ein, wie ich bei der Duchsicht der Krankengeschichten des Berliner Zahnärztlichen Instituts feststellte. Dieselben Erfahrungen machte Loch. Ein Querschlägerfall von Gutmann, ein Fall von Mayrhofer mit in den Mund vorfallenden gestielten Kieferhöhlenpolypen — was allerdings oft genug vorkommt — und zwei Fälle aus dem Reservelazarett Zahnärztliches Institut werden erwähnt; bei den beiden letzteren wird näher auf die Zahnverluste eingegangen.

Hierzu wird die verschiedene Verletzungsart der Zähne erwähnt, die oft schon in den leichtesten Fällen mit Schädigungen und Absterben der Pulpa verbunden sind. Die rhinologische Literatur erwähnt aber in fast keinem unter den in der Kieferhöhle lagernden Fremdkörpern Zähne und Zahnreste, die stets, wie Williger sagt, unfehlbar eine Kieferhöhlenentzündung mit schweren Folgen hervorrufen, wenn sie länger darin verweilen. Es werden hier zwei Fälle aus dem Reservelazarett Zahnärztliches Institut geschildert, bei denen ein Wurzelrest bezw. ein Wurzelrest und der Weisheitszahn rechts oben in der Kieferhöhle gefunden wurden.

Die Therapie ist in allen diesen Fällen die Operation nach Luc-Caldwell. Nach dieser Operation müssen aber die regionären Zähne mit dem Induktionsstrom untersucht werden. Alle Teileingriffe — Corpersche Operation, die Reinmöller vertritt — werden besonders von Williger und Becker verworfen, und auch Partsch greift nach vielen bitteren Erfahrungen zu radikalen Hilfsmitteln.

Die Rhinologen ziehen vielfach die Methode nach Canfield-Sturman vor; wenn aber, wie das bei Schnßverletzungen naturgemäß öfter vorkommt, die knöcherne Vorderwand des Antrums mitverletzt ist, so ist allein das Verfahren nach Luc-Caledwell zweckmäßig.

3) Verletzungen der Kieferhöhle mit gleichzeitiger Läsion des Gaumengewölbes.

Hier werden Fälle erwähnt, bei denen bei gleichzeitiger Verletzung der Kieferhöhle ein Defekt des harten Gaumens entstand und von dieser Seite her eine Kommunikation mit der Mundhöhle eintrat. Das ungehinderte Eintreten der Nahrungsbestandteile bedingt die Reizung und Entzündung der Kieferhöhlenschleimhaut. Kleine Defekte heilen größtenteils von selbst zu. Größere und besonders Kommunikationen mit der Mundhöhle bieten große Hindernisse (Helbing). Esser, Ganzer, Rosenthal, Römer und Lickteig erklären diese Schwierigkeiten für behoben und empfehlen unbedingten plastischen Verschluß aus Wangen- oder Lippenschleimhaut oder, wenn diese nicht ausreicht, Vorderarmplastik nach Eiselsberg, Oberarmplastik nach Rosenthal, Ganzer oder Halshautlappenplastik nach Payr und Schläpfer. Port, Postá, Eberhard und Wörner empfehlen bei nicht zu schließenden Defekten Obturatoren oder Gaumenprothesen, was von den Anhängern der Plastik wegen nachteiliger physischer Beeinflussung durch Dauerperforationen, chronische Entzündungen und der Notwendigkeit dauernder zahnärztlicher Behandlung verworfen wird. Zwei Fälle aus dem Reservelazarett Zahnärztliches Institut illustrieren diese Verletzungen und zeigen die Therapie bei kleineren und größeren Defekten. Als Nebenerscheinungen der Kieferhöhlenschußverletzungen werden Emphyseme der beteiligten Wange und Neuralgien des Infraorbitalastes des Trigeminus beobachtet.

Es folgt zum Schluss eine kurze Zusammenfassung, in der der zahnärztliche Standpunkt bei Schußverletzungen der Oberkieferhöhle und bei den Kieferhöhlenentzündungen betont wird, daß nämlich unbedingt und mit größter Sorgfalt auf die Beziehungen zwischen Kieferhöhle und Zähnen geachtet werden muß.